

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

**PRESTACIONES
ODONTOLOGICAS AL
NIÑO EXCEPCIONAL
SITUACION ACTUAL
Estudio Preliminar**

Mario Alberto Rodríguez Cordero

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio

1978

Al niño excepcional....

aún desamparado en el Siglo XX.

Agradezco profundamente al Dr. Ronaldo Hirsch Keibel, y a todas aquellas personas que colaboraron en la elaboración del presente trabajo.

I N D I C E

	<u>Página</u>
INTRODUCCION	1
METODOLOGIA	3
RETARDO MENTAL.....	4
DEFECTIVOS VISUALES	10
SORDOS O DEFICIENTES AUDITIVOS.....	15
PARALISIS CEREBRAL	21
MICROBIOLOGIA ORAL	26
EQUIPO INTERDISCIPLINARIO.....	30
REHABILITACION INTEGRAL	37
SITUACION ACTUAL.....	42
PROPUESTA DE UN PLAN INTEGRAL DE PREVENCION DENTAL.....	49
RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	52
BIBLIOGRAFIA	55

*** ***

INTRODUCCION

El objetivo principal de la odontología hoy día como el de todas las ciencias de la salud y de aquellas que en una u otra forma se dedican al bienestar de la raza humana, es la prevención de las enfermedades a las cuales tradicionalmente se trataba y curaba. Siendo la prevención un enfoque relativamente nuevo, es natural que el aspecto curativo aún permanezca en forma bastante prioritaria, especialmente en nuestro medio. Lamentablemente nuestro sistema-institucional del que formamos parte todos, no le ha dado el lugar apropiado a la prevención que ha demostrado ya su bajo costo y su gran valor tanto económico como humano.

También es de lamentar que las políticas de Salud y Educación no se lleven a cabo en forma interdisciplinaria y peor aún, en ciertos casos las dictan individuos que apenas conocen nuestro sistema comunitario. Dentro de este marco cae el tratamiento odontológico del niño excepcional.

La historia ha demostrado que este tipo de niño ha pasado por un sinnúmero de facetas de enfrentamiento a la sociedad que han variado mucho y van desde la eliminación y el rechazo pasando por la "utilización" como si fueran seres inferiores, hasta llegar a la rehabilitación integral de nuestros días. Dichosamente esto ha llevado una línea ascendente que ha mejorado principalmente en los últimos 25 años.

La coordinación y unión de fuerzas vivas aptas para el intercambio de conocimientos llamado trabajo en equipo interdisciplinario; ligado al afán de intercolaborar y al cambio de mentalidad, ha traído como efecto principal el que

estos niños sean considerados personas útiles en la mayoría de los casos y necesitadas de: rehabilitación integral, orientación, comprensión y cariño; pero nunca lástima, para su realización óptima.

El odontólogo está en la obligación de preocuparse por tratar estos problemas, conocer cuáles son, saber que existen en nuestro país en proporciones suficientemente altas como para pensar en su integración a este equipo, a concientizarse en el tema y saber referir si es del caso.

El siguiente trabajo resumirá algunas de las circunstancias invalidantes más comunes, haciendo hincapié en aquellos aspectos de primordial importancia para la odontología. Dentro de éstos se mencionará la placa dental y su im - portancia, algunos conceptos de rehabilitación integral, el trabajo en equi - po, los servicios odontológicos que actualmente prestan las instituciones a esta porción de la comunidad, y finalmente describirá un plan de prevención - oral para esta población.

METODOLOGIA

Para llevar a cabo este trabajo, se ha seguido la siguiente metodología:

1. Revisión de la literatura pertinente.
2. Profilaxis, aplicación de flúor y educación oral a una muestra simbólica de 33 niños excepcionales (defectivos visuales, retardo mental, y parálisis cerebral).
3. Consultas a instituciones y entrevistas a personal que ocupa puestos claves en las entidades que dan servicio en alguna fase de la rehabilitación integral del inválido, éstas se hicieron usando el método informal e indirecto en la consecución de información, o sea no se estableció una fórmula estandarizada, ni machote.
4. Confección de un programa de prevención.
5. Recomendaciones.
6. Resumen; conclusiones y recomendaciones.

REVISION DE LA LITERATURA

"RETARDO MENTAL"

El Dr. Guillermo Robles (12) define el retardo mental como "una disminución de la inteligencia, desde el comienzo de la vida y un desarrollo insuficiente de la misma, a lo largo de todo el curso del crecimiento, manifestándose se por una lenta maduración que a su vez es incompleta, así como una incapacidad e ineptitud para el aprendizaje, acompañándose de una evidente mala adaptación social". (4)

La expresión "Retardo Mental" se utiliza aplicada a muchos casos distintos. No es para describir una enfermedad, sino una situación. En términos generales se aplica a todos los grados del desarrollo mental, aunque no nos diga hasta qué punto es lento. Un niño mentalmente retrasado puede ser aquel que no progresa normalmente en la escuela, pese a que, progresa y está en condiciones de desenvolverse en el mundo sin necesidad de que se le preste especial asistencia. Otro niño al que también se le tiene por mentalmente retrasado, puede no ser capaz de valerse por sí mismo durante toda su vida.

El diagnóstico de retraso mental no sirve para indicarnos que provisiones habrá que adoptar en ambos casos. (1)

En nuestro país existe de un 6 a un 7% de personas con retardo mental, las cuales se pueden agrupar en niveles o grados de acuerdo a su potencial de aprendizaje o funcionabilidad integral. La mayoría, aproximadamente 75 a 90 % de estos individuos, pueden ser útiles a la sociedad; hay un porcentaje pequeño que sí necesita de mucha asistencia, que se ubica dentro de los llamados -

severos y profundos. La enunciación del coeficiente de inteligencia se utiliza entre otros como referencia en la búsqueda del potencial de aprendizaje y funcionamiento integral, puesto que aquél es variable y es difícil de medir porque cambia dependiendo de diferentes factores, como estado emocional del individuo en ese momento, de cómo durmió la noche anterior, timidez, etc. (6) (8).

Es muy importante determinar el potencial de aprendizaje (2) de un retardado mental para poder saber en qué centro de enseñanza se matricula, hasta qué grado podría llegar, qué oficios puede aprender, esto sin limitársele a lo que estamos predisponiendo para él, sino que él adquiera su propia superación hasta donde logre llegar. La detección del retardo mental se puede hacer a una edad muy temprana y es determinante a los 3 ó 4 años en la mayoría de los casos. En algunos donde no se hace, o logra un buen diagnóstico, pueda que se trate de un fronterizo.

CLASIFICACION:

Para efectos del presente trabajo se referirá a la siguiente clasificación:

1. Fronterizos: Los fronterizos son personas a las que les fue difícil su educación pero que logran superar este problema e integrarse perfectamente a la sociedad. Estos pueden pasar desapercibidos como individuos "normales". Proviene básicamente de un medio ambiente marginado. Su coeficiente de inteligencia puede estar entre 85 y 70% -

aproximadamente, abarcan más del 75% de los retardados mentales junto con los educables o leves.

2. Educables o leves: Este tipo de niño tenía anteriormente que retirarse de la educación primaria, sin embargo, actualmente con las aulas, diferenciadas y educación especial, pueden seguir sus estudios hasta un nivel más alto. Son útiles a la sociedad y pueden desempeñar empleos como mensajeros, saloneros, jardineros y otros. Su coeficiente de inteligencia es aproximadamente entre 70 y 65%.
3. Entrenables o moderados: Son personas capaces de desempeñar trabajos netamente mecánicos como estar en una fábrica haciendo una sola tarea. Actualmente trabajan también en institutos de rehabilitación profesional donde aprenden un oficio o en talleres protegidos. Su coeficiente de inteligencia oscila entre los 55 y 40% aproximadamente.
4. Severos: Son individuos que necesitan más ayuda o comprensión, ya que aprenden cosas mínimas como hacer por sí solos sus necesidades corporales (en algunos casos). No pueden desempeñar ningún oficio. Su coeficiente de inteligencia está entre 40 y 25% aproximadamente.
5. Profundos: Este tipo de niño generalmente permanece institucionalizado, encamado, o encerrado en nuestro medio. Necesitan mucha ayuda porque hay que asistirlos en todas sus necesidades. Su coeficiente de inteligencia es aproximadamente menos de 25%.

FACTORES QUE AUMENTAN EL PELIGRO DE RETARDO MENTAL (12).

I. Factores maternos:

- a. Madres menores de 16 años y mayores de 40.
- b. Antecedentes de abortos
- c. Antecedentes de partos mortinatos.
- d. Antecedentes de desprendimiento prematuro de la placenta.
- e. Desnutrición.
- f. Enfermedades y trastornos de la madre tales como:
 1. Hipertensión renal.
 2. Nefritis .
 3. Diabetes sacarina.
 4. Toxoplasmosis.
 5. Hábitos a medicamentos.
 6. Retardo mental.
 7. Tabaquismo excesivo.
 8. Insuficiencia del cuello uterino
 9. Otros.

II. Complicación de la gestación:

- a. Hemorragias vaginales en el segundo o tercer trimestre.
- b. Choque hemorrágico.

III. Factores perinatales:

- a. Tiempo de gestación menor de 34 semanas.
- b. Estado al nacer (puntuación apgar baja):

1. Cianosis.
2. Necesidad de reanimación.
3. Insuficiencia respiratoria
4. Desprendimiento prematuro de la placenta.
5. Operación de cesárea después de ensayo de parto.
6. Mala aplicación de forceps.
7. Presentación de nalgas.

IV. Factores neonatales:

- a. Necesidad de incubadora u oxígeno.
- b. Convulsiones, tono insuficiente.
- c. Aumento escaso de peso.
- d. Vómitos y fiebre

V. Otros:

- a. Enfermedades a virus (meningitis)
- b. Fiebres altas no controladas.
- c. Accidentes y traumatismos.
- d. Errores congénitos del metabolismo (fenilcetonuria).
- e. Sífilis congénita.
- f. Irradiación de pelvis materna en los primeros meses del embarazo.

HISTORIA DEL PACIENTE (11)

La historia del paciente debe ser lo más exhaustiva posible y abarcar - los siguientes aspectos, entre otros:

- a. Antecedentes familiares tanto en términos de salud, genéticos, psicosociales, socioculturales y económicos.
- b. Antecedentes personales del niño en relación al embarazo, parto, conductas de la primera infancia, desarrollo psicomotor, enfermedades, y accidentes hospitalizaciones, etc.
- c. Dinámica de las relaciones familiares y situaciones del niño en éstas, rechazo, abandono, conflictos, etc.
- d. Historia de la vida escolar.
- e. Percepción de las conductas y producciones del niño por parte de los padres y maestros; expectativas, nivel cultural e intelectual del núcleo familiar.

La información recogida en esta forma permite ubicar la problemática del niño en relación a los factores que conforman por un lado su contacto ambiental y por otro lado, sus experiencias.

DEFECTIVOS VISUALES

Se le llama ciego (3) al que tiene una agudeza central menor de 20/200 en el mejor ojo, con anteojos correctores o con una agudeza visual central basado en una medida internacional de 20/200 si hay un defecto en el cual el campo periférico se ha contraído de tal manera que el diámetro más ancho del campo visual sustente una distancia no mayor de 20 grados. El individuo normal es el que ve un 200/200.

Existe una diferencia grande entre los defectivos visuales que han nacido ciegos, los que son de la primera infancia y los que han perdido la visión posteriormente.

A una persona ciego de nacimiento le es muy difícil formar conceptos concretos de su ambiente y entender muchas ideas sociales que se basan en nociones visuales. Sin embargo, éste puede llegar a adaptarse mejor a su propio mundo que aquél que perdiera la vista después de los 5 años. Sin embargo, en ambos casos logran desarrollar mucho más sus otros sentidos, especialmente el tacto y el oído.

Es imposible para un niño normal conocer las experiencias de un niño ciego y viceversa, a menos que el primero tome cursos específicos.

Cuando un niño con defectos visuales comprueba que es distinto que los demás, puede llegar a aislarse. Esta limitación influye sobre las pautas generales de reacción o sobre las normas generales de expresión ocasionando sensibilidad, timidez, recogimiento o introversión.

La dificultad para expresarse puede ser tomada como un signo de baja inteligencia sin serlo necesariamente. La importancia que se le debe dar a estos niños, es el estimularlos, darles a entender que son personas normales y que lo que vale es la superación de su afección física y el desarrollo de los otros sentidos. Casos más difíciles para su rehabilitación son los del sordo, ciego, retardado mental-ciego, o el múltiple, en los cuales conseguir una comunicación con él es más dificultoso, lo mismo que para comunicarse él .

CAUSAS (3) (11)

Es muy importante conocer la causa del impedimento visual de cada niño - porque en algunos casos esta apreciación indicará si la anomalía está confinada sólo a un ojo o si es algo sistémico.

1. Anomalías y enfermedades del globo del ojo, de la córnea, de los lentes de retina, del nervio óptico, del tracto uveal.
2. Prenatales.
 - a. Diabetes (puede ocasionar cataratas).
 - b. Rubeola contraída por las mujeres durante el primer trimestre de embarazo.
3. Enfermedades.
 - a. Albinismo causa fotofobia.
 - b. Desequilibrios de músculos externos y extrínsecos.
4. Herencia. El 13% de los defectos visuales son de origen hereditario y están relacionadas con las anomalías del aparato visual.

5. Relación con enfermedades generales: Principalmente infecciones al nacer. Otros son: fiebre escarlatina, sarampión, rubeola, meningitis, toxoplasmosis, infecciones de naturalidad venérea.
6. Accidentes: Por daño directo del ojo o por daño indirecto, por lesiones intracraneales que lesionan el nervio óptico.

REHABILITACION Y ENSEÑANZA (2) (13) (19)

Para el defectivo visual hay dos tipos de rehabilitación en el transcurso de su vida:

- A. La habilitación o educación especial.
 - B. La rehabilitación profesional.
- A. La habilitación es la enseñanza primaria que recibe el ciego con programas idénticos a los del Ministerio de Educación para los niños normales, con variaciones específicas como son los cursos de:
1. "Orientación y movilidad" para que aprenda a caminar con ayuda del bastón o por puntos de referencia; el uso del oído, la visión facial, la orientación física, etc.
 2. Braille: lectura por tacto.
 3. Simbología matemática específica para ciegos y otros.

La edad promedio para esta enseñanza es de los 2 a los 17 años, edad en la que debe iniciar una rehabilitación profesional.

B. Rehabilitación profesional: Si el individuo se incorpora a un colegio de segunda enseñanza y termina sus estudios , puede realizar una carrera universitaria adecuada a su caso. Si no es así el ciego debe ingresar a una escuela o instituto de rehabilitación donde se le va a enseñar a desempeñar oficios y vocaciones adecuados.

Generalmente la rehabilitación integral del ciego es un campo difícil de realizar

El ciego tiene varios problemas para su integración de los cuales se pueden mencionar algunos: la lástima, el rechazo, aspecto económico, el complejo de menosprecio y otros. Los anteriores se entremezclan unos con los otros agravando el problema. La sociedad siente lástima del ciego por haber sido siempre un individuo que ha vivido de limosnas por lo cual si aprende un oficio y pide trabajo se le va a rechazar porque un vidente va a hacer un mejor trabajo que él. Viene el aspecto económico, al ciego se le va a pagar menos que a otra persona por un cargo desempeñado, cosa que le insta para aprovecharse de su situación de ciego para pedir limosna y así tener un mejor sustento económico.

El complejo de menosprecio es uno de los que más influyen negativamente en la superación del ciego. El mismo se cierra los campos y se considera menos, agravando y creyendo en forma absoluta los factores anteriores.

HISTORIA DEL PACIENTE

La historia del paciente debe abarcar aspectos semejantes a los descritos en pacientes con retardo mental (Ver págs. 8 y 9). El odontólogo debe conocer los problemas invalidantes del ciego, lo mismo que los métodos de rehabili-
tación integral para colaborar en la manera debida en ello. Debe enseñarle la entrada a la clínica, lo mismo que la ubicación del sillón y equipo accesorio y explicarle durante el tratamiento lo que se le va haciendo para no sorprenderlo con algún procedimiento o ruido sin avisarle.

SORDOS O DEFICIENTES AUDITIVOS

Se le considera sordos a aquellos individuos que nacieron totalmente faltos de audición o con suficiente ausencia de la misma para impedir el establecimiento del habla y del lenguaje natural; los que llegaron a ser sordos en la niñez antes de que se hubiera establecido el habla y el lenguaje y aquellos que perdieron la audición (3).

La sordera se considera como una excepcionalidad grave debido a que tiende a aislar al niño por carecer de la principal forma de comunicación. (4).

Esto se puede corregir pero impone ciertas exigencias sobre el niño que no necesita el niño normal; éste puede lograr sus metas de una manera fácil, mientras que el sordo efectúa grandes esfuerzos para lograrlo.

Las exigencias no son sólo para los niños, sino que son mayores para los padres, adultos y niños oyentes a su alrededor (la comunidad), quienes deben de saber qué significa para el niño su defecto, cómo influye en su vida buscar la manera de reducir sus efectos y de facilitar el aprendizaje en cuanto sea posible.

El papel de los padres mejora cuando buscan la ayuda de personal especializado como son médicos, maestros y psicólogos, terapeutas de lenguaje, trabajadoras sociales y otros, sobre la manera de ayudar de su hijo (18).

ETIOLOGIA: (3)

La etiología de la sordera se puede dividir en: herencia, los factores que afectan al niño en el período de gestación, la sordera adquirida durante el parto y en los factores post-natales.

- a. Herencia: Hay muchos casos de sordera heredada en que varios hijos de padres sordos tienen la misma afección
- b. Causas de origen congénito que afectan al oído durante el embarazo:
 1. Infecciones maternas producidas por virus como rubeola, viruela, sarampión.
 2. Deficiencias nutricionales de la madre o ingestación de drogas.
- c. Factores perinatales: Golpes por mal uso de forceps, asfixia por parto prolongado sin atención, asfixia por enrollamiento del cordón umbilical y la incompatibilidad sanguínea.
- d. Factores postnatales: Infecciones producidas por virus como meningitis, paperas, otitis media, inflamación del oído medio, lesiones que afectan el oído intoxicaciones por antibióticos, y de mayor importancia en las zonas urbanas e industriales tenemos dentro de la contaminación ambiental, el ruido (altas velocidades, máquinas, pioletas, etc.)

DETECCION. (14)

Debe hacerse lo más precozmente posible en el niño porque desde ese momento comienza su educación, de lo contrario es tiempo que se desperdicia.

En la mayoría de los casos se hace antes de los 12 meses de edad observando la reacción del niño a sonidos provenientes de sonajeros, una puerta que se cierra, etc. Si no se produce ninguna reacción, ni respuestas musculares o ésta es poca, debe referirse a centros de O.R.L. (otorrinologarínología) y de audiología.

En los centros de audiometría se va a medir lo que un niño oye aplicándole sonidos de diferente intensidad y frecuencia y observando sus reacciones para así saber exactamente qué necesita para su rehabilitación.

TIPOS DE SORDERA (4)

La sordera se clasifica en dos tipos:

- a. TEMPORARIA: Esta es causada por bloqueos e infecciones y se caracteriza por pérdida de la audición conductiva durante breves períodos y casi siempre responden rápidamente al tratamiento médico.

Esta puede degenerarse en sordera nerviosa por falta de cuidado o exceso de factores como ruidos, infecciones u otros.

- b. SORDERA NERVIOSA: Es el tipo de sordera que afecta directamente al nervio auditivo. Generalmente afecta en algún grado. No es tratable médicamente, pero sí por enseñanza en el hogar, la terapia y la educación. Se presenta en varias intensidades.

- A. Pérdidas Auditivas Leves: Es el niño "duro de oído" no necesita mucha ayuda, pero sí la conciencia de esta pérdida. No debe confundirse con retardo o desatención.

B. Pérdida parcial de la audición: Conduce a dificultades para oír la voz de la conversación común. Necesita de un audífono y la enseñanza principalmente en el hogar para aprovechar al máximo - lo que queda de la audición junto con lectura labial. Estos niños bien orientados pueden lograr ingresar a una escuela común - a edad normal o a aulas especializadas anexas a escuelas y lo - gran oralizarse con bastante facilidad.

C. Pérdida importante de la audición: Es el caso del niño que no - puede oír una conversación a menos que se le hable en voz muy al ta y muy cerca y aún así con frecuencia no alcanza a comprender- lo que oye por falta de experiencia.

Requiere de audífono y primordialmente de lectura de labios. Son pocos los que adquieren lenguaje como para entrar a una escuela- común, pero sí pueden ir a escuelas especializadas o a aulas a - nexas, con técnicas labiales y tenacidad y constancias de la fa- milia primordialmente. A veces especialmente en nuestro medio, - necesitan de comunicación total.

D. Sordera Profunda: En estos casos es muy necesario la enseñanza- intensiva en el hogar cuanto antes: con audífonos oye ruidos al gunas veces, por lo que debe recurrirse a la lectura labial. Ne cesita la orientación intensa y especializada en el hogar y en - escuelas especiales para sordos, donde llega a adquirir el habla y comprensión del lenguaje ya sea por métodos orales o aquellos- de comunicación total.

REHABILITACION DE SORDOS (14)

La rehabilitación de los deficientes auditivos es básicamente de dos tipos:

- a. La educación oral y total,
- b. Audífonos.

a. La educación debe empezar en el momento en que se detecta el problema enseñando al niño a desarrollar los otros sentidos al máximo - obtener un entrenamiento en lectura labial y si es del caso dactilología, para que de este modo pueda desenvolverse adecuadamente en su ambiente. Esta también utiliza audífonos (19).

b. Audífonos: Son amplificadores de sonidos constituidos por perceptores del sonido, éste es una cajita que el niño usa en algún lugar de su vestido (por ejemplo en la bolsa de la camisa, anteojos) que conecta por medio de un cable al audífono propiamente dicho, que está en el oído o los oídos.

El fin de los audífonos es el mismo que los anteojos para un defectivo visual: mejorar el defecto. El audífono se pone previa audiometría para saber qué grado de intensidad debe graduarse para la necesidad del paciente.

El odontólogo puede ayudar en la prevención del sordo, aclarando puntos a las personas relacionadas con la contaminación ambiental como ruidos en industrias, tránsito, motocicletas, aeropuertos, otros.

El papel del odontólogo es semejante al del caso de Retardo Mental (ver págs. 8 y 9). también debe saber cosas específicas como son hablarle de - frente y tratar de explicarle los procedimientos de la manera que aconseje a el educador.

PARALISIS CEREBRAL

Se le llama Parálisis Cerebral a un grupo de trastornos no progresivos resultantes de la disfunción de los centros motores del cerebro, caracterizados por parálisis, debilidad, incoordinación u otras alteraciones de la función motora que tienen su origen antes del parto, durante el parto o en el tiempo entre el parto y el segundo año de vida. La parálisis cerebral abarca las manifestaciones neuromotoras de la lesión cerebral orgánica y ocurre en conjunción con otras manifestaciones tales como ataques o convulsiones, retardo mental, diversos defectos sensoriales y trastornos de la conducta y la afectividad. No es un tipo específico de lesión cerebral, sino que resulta de malformaciones congénitas, lesiones mecánicas y químicas e infección.

CLASIFICACION:

Existen varias clasificaciones. Se mencionará únicamente la Fisiológica y la Topográfica.

- I. Fisiológica: Se basa en la parte afectada y cómo funciona:
 - a. Espástico: Se caracteriza por la exaltación del movimiento extensor, hiperactividad de los reflejos tendinosos profundos, marcha en tijera y contracción de músculos antigravitorios.
 - b. Atetoide: Se distingue por una motilidad involuntaria incoordinada asociada a grados diversos de tensión muscular. Los reflejos son generalmente normales.
 - c. Atáxico: Se manifiesta por la falta de coordinación debida a trastornos de los sentidos cinestésicos y del equilibrio. Pueden acompañarse de hipotonía.

- d. Atónico o hipotónico: Se caracteriza por músculos blandos y generalmente por hiperactividad de los reflejos tendinosos profundos. Suele ser un precursor de otros tipos de infección.
- e. Mixtos: Este tipo de P.C.I. es el que se presenta con mayor frecuencia; pero siempre con predominancia de alguno de los anteriores.

II. Topográfica : Esta clasificación toma en cuenta la extremidad lesionada y su posición.

- a. Monopléjico: Afecta a una extremidad, es un proceso raro que podrá confundirse con una hemiplejía.
- b. Parapléjico: Solamente afecta las piernas y pertenece siempre al tipo estático o de rigidez.
- c. Hemipléjico: lateralizada, la mitad del cuerpo está afectada y es generalmente espástico aún cuando ocasionalmente se ven hemiplejías puramente rígidas.
- d. Tripléjico: Afecta a 3 extremidades generalmente ambas piernas y un brazo; por lo regular es espástico.
- e. Cuadruplejía: Afección de las cuatro extremidades.
- f. Diplejía: Parálisis que afecta partes semejantes de ambos lados del cuerpo. Es bilateral y se usa poco este término.
- g. Doble hemiplejía: Se usa este término excepcionalmente y es cuando los brazos están más afectados que las piernas. Son generalmente de tipo espástico.

Esta nomenclatura también se usa para casos de invalidez por afección

de la columna vertebral o por accidentes.

Las principales complicaciones y/o deficiencias que pueden acompañar a la parálisis cerebral son: epilepsia, retardo mental, defectos visuales, pérdida de la audición, defectos del lenguaje, y déficit intelectual. (11)

DIAGNOSTICO:

Es muy importante hacer un diagnóstico de la afección cerebral a una edad temprana porque generalmente las complicaciones físicas y fisiológicas pueden reducirse si se ven en los dos primeros años de vida del niño. Además, se sabe que a partir de un buen diagnóstico diferencial se pasa a un pronóstico y de aquí al tratamiento más adecuado para el niño, lo más precoz e intensivo que necesite el paciente.

PRONOSTICO:

Depende de una cuidadosa valoración de todos los factores relacionados con cada niño, su familia y la comunidad.

Sabiendo que el defecto básico no puede curarse, que existen a menudo condiciones asociadas a complicaciones, que los factores social, económico y psicológico son generalmente más difíciles de tratar por los médicos. El pronóstico se hace de acuerdo a la observación del crecimiento, la maduración, la respuesta al tratamiento y a la educación, lo mismo que al potencial de funcionamiento integral e intelectual.

TRATAMIENTO:

El tratamiento de estos niños se debe hacer a base de un buen equipo interdisciplinario compuesto básicamente por: médicos especialistas, odontólogos, educadores, fisioterapeutas, trabajadores sociales, psicólogos, oftalmólogos, enfermera pediátrica y como parte primordial los padres. (18)

TRATAMIENTO DENTAL:

Para el tratamiento de estos niños hay que tomar en cuenta qué tipo de afección padece para saber de qué manera tratarlo. Por ejemplo: un niño cuatripléjico puede producir rechazo de parte del odontólogo y su equipo antes de analizar el caso y proveer el tratamiento adecuado.

El odontólogo debe tener idea también del manejo que el fisioterapeuta recomiende hacia el paciente para así saber de qué manera debe ser trasladado o cómo sentarlo en el sillón dental o qué movimientos puede producir el niño.

También saber qué drogas toma el niño o bajo qué tratamiento farmacológico está, si la anestesia le afecta, etc.

El niño con parálisis cerebral en la mayoría de los casos tiene un comportamiento bueno hacia el tratamiento, previa motivación y una introducción adecuada a la clínica.

El odontólogo debe idear con sus conocimientos junto al resto del equipo interdisciplinario la manera de tratarlo adecuadamente. No quiere decir-

esto que es el paciente perfecto, puesto que dificulta el tratamiento algunas de sus reacciones como son los movimientos involuntarios que el odontólogo debe tomar en cuenta y estar consciente de ellos.

Hay también casos donde es necesario premedicar para efectuar el tratamiento y otros donde la única manera de atenderlos es bajo anestesia general. No por eso debe existir el rechazo, al contrario y repitiendo el concepto, el odontólogo debe prepararse adecuadamente para no sorprenderse y predecir muchas de las manifestaciones contrarias al tratamiento de un paciente con pa rálisis cerebral infantil. (8)

MICROBIOLOGIA ORAL

Se ha incluido este breve resumen de microbiología oral por la importancia que reviste para el niño excepcional, y para aquellos que trabajan con él. El odontólogo, su personal auxiliar, otros personeros de salud y la maestra, deben conocer los procesos destructivos de acumulación de placa bacteriana, como son los procesos progresivos de la caries dental y sus microorganismos y la enfermedad periodontal, para poderlos combatir.

Hoy día es bien reconocido que la placa bacteriana y sus consecuencias aumentan cuando no hay una higiene adecuada, cuando no se da el tratamiento indicado y se acentúa en la mayoría de estos niños.

Existen tres grupos básicos de microorganismos : microbiota nativa que es normal en boca; microbiota transitoria que utilizan la boca como puerta de entrada y la microbiota suplementaria que se encuentra sólo en determinadas ocasiones. Cuando estos microorganismos viven en equilibrio, la persona está sana. Este equilibrio se puede perder por un aumento en el número de determinado microorganismo, un aumento en la virulencia, o porque disminuye la resistencia del huésped. La cavidad oral es ideal para aumento microbiano por la abundancia de alimentos, una buena temperatura de incubación; o por diferentes tensiones de oxígeno que tanto sirve a los procesos anaerobios, aerobios o anaerobios facultativos.

De 10 a 15 minutos posterior a la profilaxis se deposita una película transparente sobre el esmalte que se observa mejor con colorantes. En superficie lisa esta película juega un papel importante en la formación de placa

dental. Existen dos tipos: la inmadura y la madura. La primera en pacientes muy susceptibles a caries. Esta al efectuar una profilaxis se elimina. La segunda en pacientes no susceptibles, la película se incorpora de iones y como tiene carácter protector, no se debe eliminar porque penetra dentro de los prismas de esmalte y si se desgastan éstos, les restan la resistencia a la caries porque se está grabando el esmalte.

La placa dental fue descubierta en 1808 por William y Black como una "masa de microorganismos sobre el esmalte cariado".

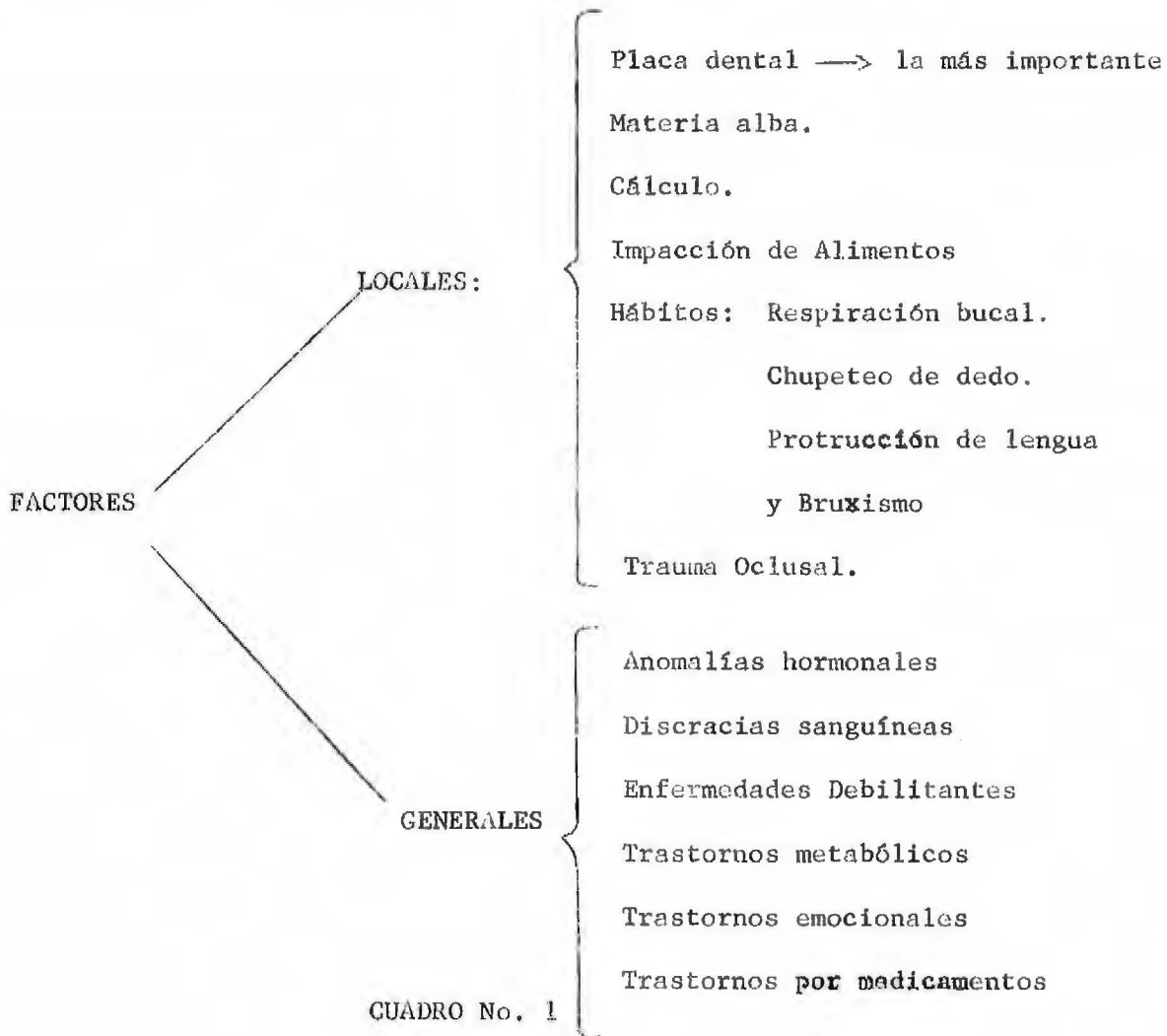
Actualmente se define como "una entidad organizada proliferantemente activa que se adhiere firmemente a la superficie del esmalte y debido a su actividad biológica de tipo metabólico es considerada por la Organización Mundial de la Salud como el factor etiológico de la caries dental y la enfermedad periodontal". La placa dental se inicia con la formación de película sobre la cual se depositan bacterias.

Sobre las piezas dentarias se deposita una serie diferente de entidades las cuales aumentan gradualmente si no se eliminan; estas entidades son: los restos alimenticios que son pedazos de comida dentro de la cavidad oral. No tiene importancia como factor de caries, siempre y cuando se elimine pronto. Luego tenemos la materia alba que es una sustancia que se deposita sobre las superficies lisas, es suave y está poco adherida al esmalte. La placa dental no se desprende tan fácilmente como por un chorro de aire ni se ve a simple vista a no ser que sea demasiado grande. El tártaro es una sustancia sumamente calcificada y mucho más dura que el sarro y contiene en su superfi -

cie depósitos de bacterias que tienen implicaciones en la enfermedad periodontal. El sarro es de consistencia cretácea, menos dura y se produce en animales libres de gérmenes. (10)

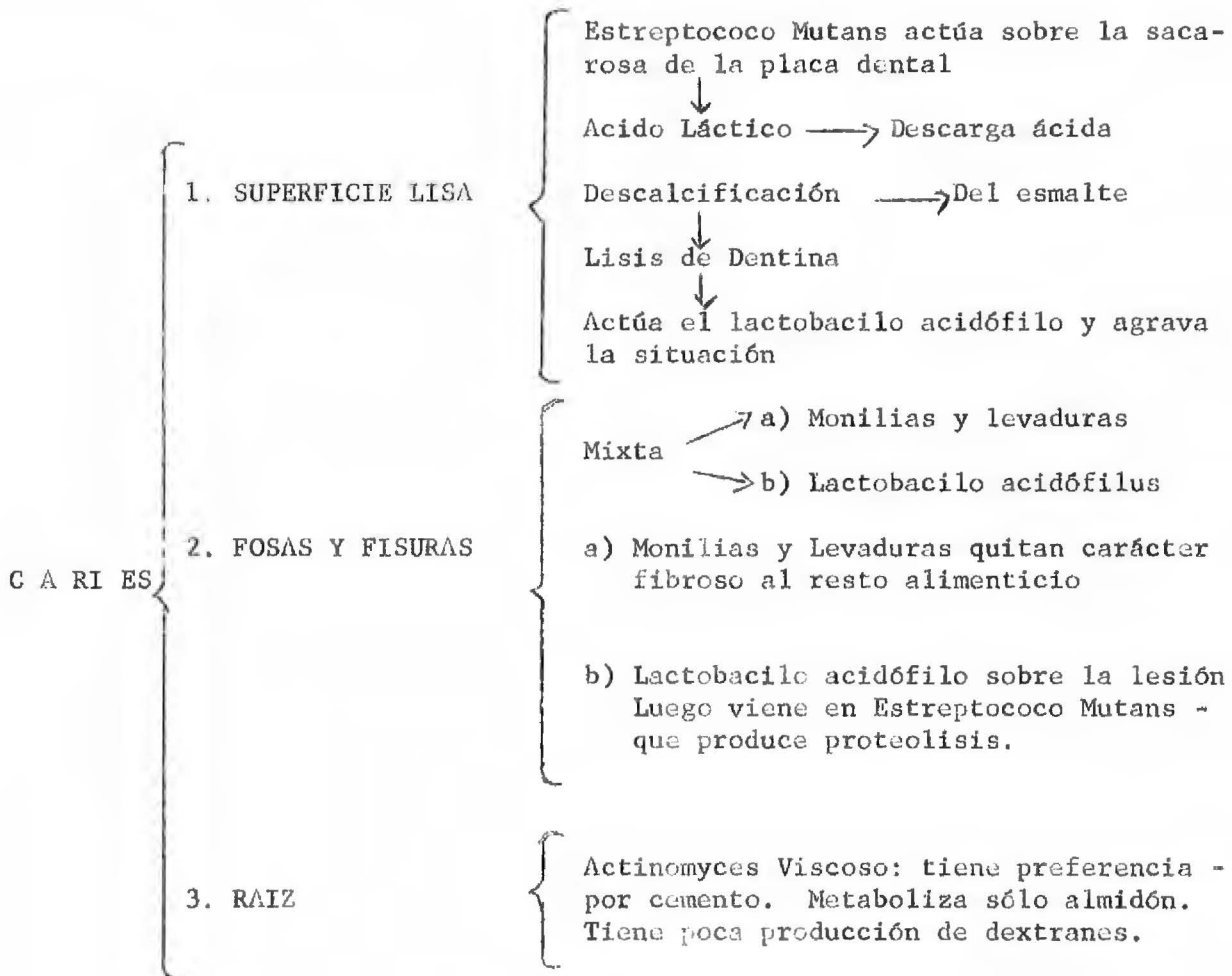
ENFERMEDAD PERIODONTAL:

La enfermedad periodontal no es exclusiva de adultos ya que el 9% de niños de 11 a 15 años ya presentan manifestaciones conforme aumenta la incidencia. En los niños excepcionales es mayor este porcentaje por lo que vamos a aclarar los factores que la producen. (7) (10).



CARIES DENTAL (10)

La caries dental por ser un proceso destructivo iniciado por la acción de microorganismos al haber almacenamiento de comida en la cavidad oral se agrava cuando no hay la debida prevención, y para esto debemos saber qué microorganismos y el orden de entrada de cada uno de ellos.



CUADRO No. 2

EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

Para poder llevar a cabo una rehabilitación integral del niño excepcional se necesita de la actuación de un equipo de profesionales, junto a padres de familia y otras personas y entidades relacionadas al caso, organizadas de manera que haya una relación de cooperación entre sí para beneficio del niño.

En 1964 Stevens sentó las bases fundamentales del método, para abordar al deficiente mental y conocer su personalidad en toda su amplitud, abarcando los complejos problemas que se conjuran a su alrededor. Estas bases se usan hoy día con la problemática global del minusválido.

Se trabaja en equipo con el fin de detectar, prevenir, estudiar y tratar las diferentes enfermedades que hacen del niño un ser impedido. Para esto es necesario entrenar debidamente a los elementos de este equipo.

Los elementos de un equipo multidisciplinario son los siguientes: (9)

1. una entidad profesional de especialistas,
2. instituciones especializadas,
3. un equipo técnico propio,
4. un conjunto de técnicas y metodologías propias para el caso,
5. un grupo de padres de familia, cuya colaboración y participación es de esencial necesidad, y
6. la cooperación anónima de los investigadores que con sus nuevos avances y conocimientos ayudan a la solución de ciertos problemas.

Los principios fundamentales para el manejo en equipo son los mismos que se utilizan en nivel internacional como dentro de un solo centro de rehabilitación o en una comunidad pequeña.

Estos principios son: (9)

1. Dirección dinámica.
2. Reconocimiento y respeto por el valor de la cooperación que pueda ser ofrecida por la otra persona. Traer servicios diversos y variados para ayudar a las personas lisiadas requiere trabajo de equipo basado en el conocimiento, en el respeto mutuo y en la comprensión.
3. Flexibilidad: El progreso siempre trae consigo una nueva oportunidad, pero este progreso no se puede lograr sin ajuste y sin adaptación.
4. Información compartida de una manera real y continua.
5. Enfoque constante hacia nuestra meta de servicio centralizados en el paciente.

Entre los especialistas están el psico-pediatra que puede ser el motor principal del grupo; sin embargo, el que guía, orienta y coordina puede ser otro, dependiendo del momento activo de la rehabilitación, por ejemplo en un caso de rehabilitación oral del niño, puede dominar en el grupo, el odontólogo, o en caso del niño marginado en la familia por padecer de parálisis cerebral, donde domina el trabajador social o el psicólogo.

Un equipo interdisciplinario puede estar integrado por varios de los siguientes profesionales que trabajan conjuntamente o se integran durante el -

proceso en el momento oportuno: el odontólogo, la enfermera, el psiquiatra , el neurólogo, el laboratorista clínico, otorrinolaringólogo, oftalmólogo y - otros. Sin embargo, un equipo básico y de reevaluación se compone principalmente de un psicólogo, pediatra, trabajador social, enfermera, audiólogo, oftalmólogo, fisioterapeuta, odontólogo y el educador.

El trabajador social es la fuente de conocimientos del medio familiar de donde actúa el niño. Debe estar al tanto de factores socioeconómicos, emocionales, comunitarios, y sirve como enlace interinstitucional en el equipo.

El educador ocupa un lugar de primordial importancia ya que está con el niño muchas horas, lo observa, ve su desarrollo y lo estimula. Su trabajo cobra los mejores resultados. Le ayudan otros profesores como son el de educación física, el de educación psicomotriz , el terapeuta de lenguaje y otros - afines a las ciencias pedagógicas y sociales.

La importancia del psicólogo es poder establecer el diagnóstico básico - de comportamiento y potencial de rendimiento del niño. Su labor además es - básica en el manejo de la familia y del ambiente y sirve a menudo de enlace - en el equipo interdisciplinario.

Para el desarrollo de sus funciones y aplicar sus técnicas específicas , el equipo requiere de una serie de instituciones, ajustadas a determinadas - condiciones arquitectónicas y ser funcionalmente adecuadas a las anormalidades del niño.

El estudio del niño lo hacen el pediatra, el psicólogo, el trabajador social, el maestro, la enfermera, el odontólogo y otros que le sirven directamente, cada uno desde su punto de vista; pero en coordinación mutua con el fin de llegar a un diagnóstico integral lo más preciso posible y de esta manera orientar el pronóstico hacia un tratamiento igualmente integral.

Según las condiciones del niño, el tratamiento será centralizado de preferencia en alguno de los aspectos anteriores; pero sin dejar de participar los otros.

No hay que olvidarse del primordial papel de los padres de familia, sin cuya aceptación y ayuda sería imposible la incorporación social del niño, que es la meta del tratamiento.

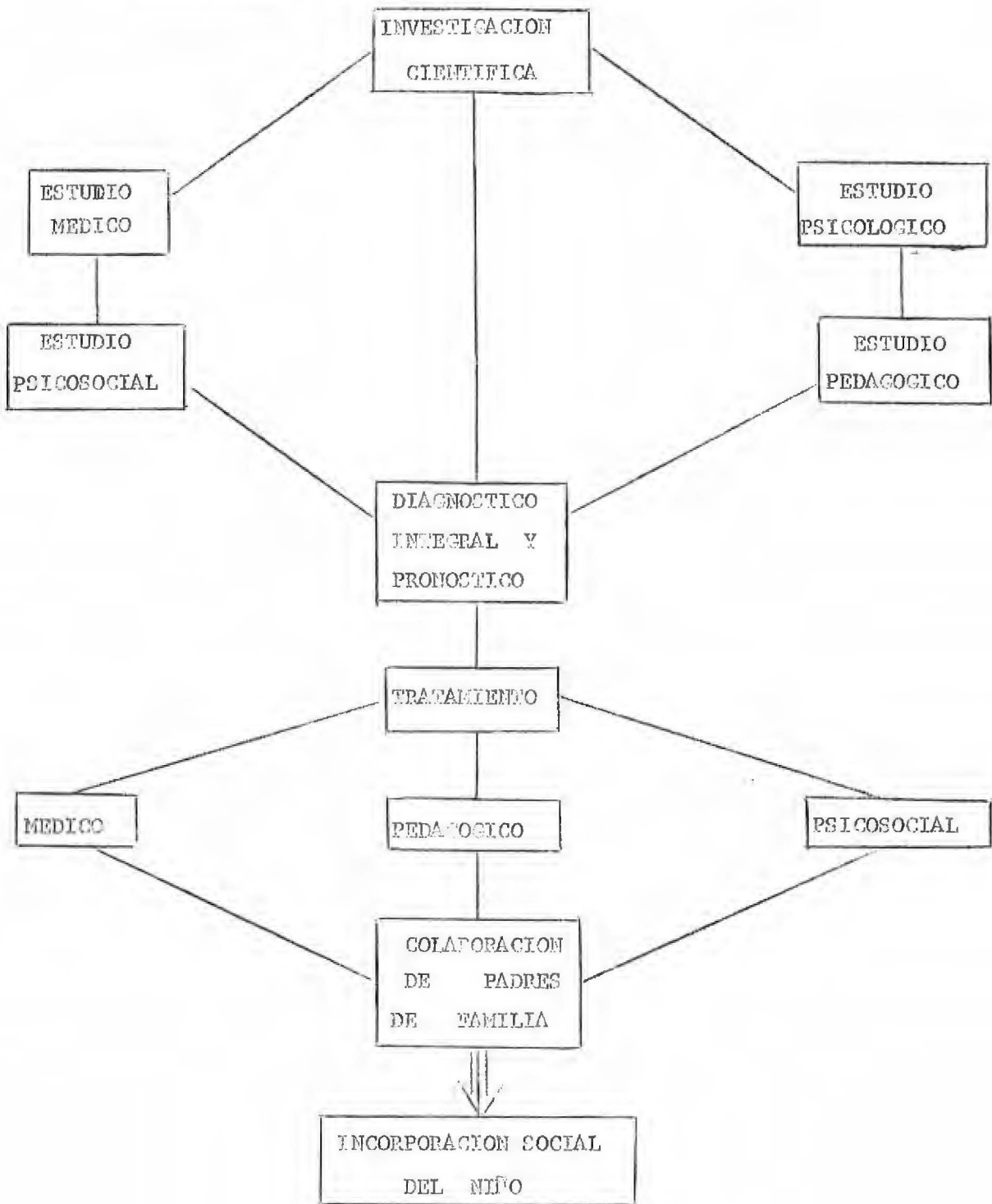
El odontólogo que trate estos casos debe utilizar la colaboración del equipo e involucrar a otros especialistas de la Odontología (ortodoncista, cirujano oral, periodoncista, endodoncista, etc.) cuando sea necesario.

Dentro de los especialistas en otras ramas médicas que colaboran con el odontólogo tenemos al pediatra con quien el anterior debe mantener una estrecha relación por la variedad y características de las enfermedades del niño, sus respuestas fisiológicas, manifestaciones orales de las enfermedades, limitaciones que la condición general del niño puede imponer a su atención odontológica; el otorrinolaringólogo, cuyos casos de consulta del odontólogo con éste son generalmente por obstrucción de vías respiratorias que predisponen a malas oclusiones; y al psiquiatra o psicólogo, al cual se les consulta ca -

sos de pacientes con disturbios emocionales que crearán problemas de comportamiento a pacientes donde un hábito oral está ocasionando una severa maloclusión y se sospecha que su origen es de tipo emocional.

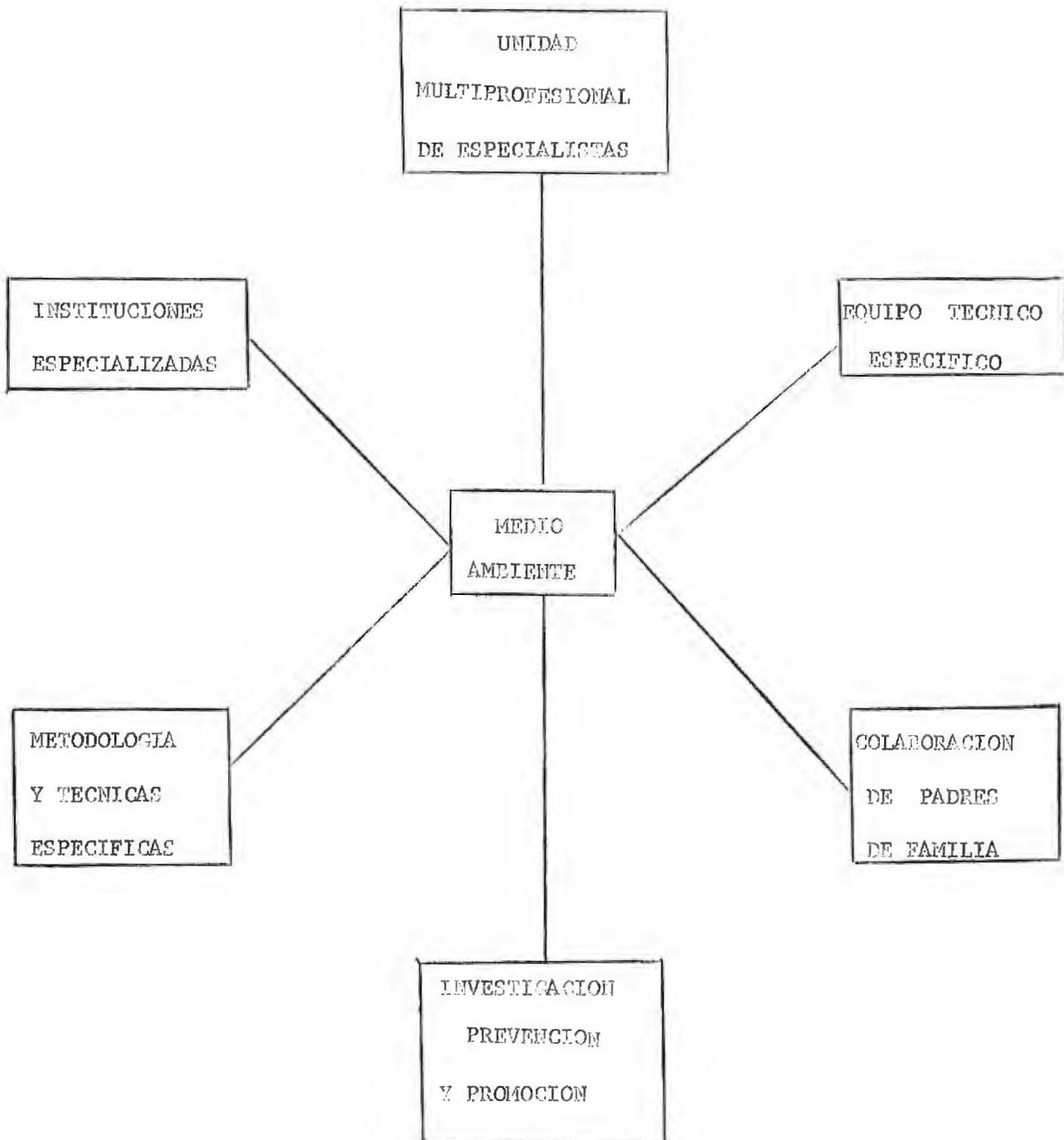
El odontólogo debe estar bien capacitado para evaluar la condición física y mental del niño, y saber que no está capacitado para efectuar diagnósticos detallados ni introducir tratamientos de carácter general, más bien referir adecuadamente, porque puede afectar la salud del niño y crear problemas personales con el paciente, especialistas y padres de familia (6) (8) (18).

METODOLOGIA Y TECNICA DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO



CUADRO No. 3

EQUIPO INTERDISCIPLINARIO



CUADRO No. 4

REHABILITACION INTEGRAL

La rehabilitación integral es un proceso por medio del cual un paciente excepcional logra poner en práctica su máximo potencial de funcionamiento e integración al medio en que vive. La Organización Internacional del Trabajo la define así: "Rehabilitación es un proceso continuo y coordinado tendiente a obtener la restauración máxima de las personas inválidas (incapacitadas, lisiadas, minusválidas, impedidas) en los aspectos físicos, psíquicos, educacionales, profesionales, social y económico, con el fin de reintegrarlas como miembros activos de la comunidad".

Este proceso se divide en cuatro fases continuas e interrelacionadas - unas con las otras:

- a. Rehabilitación médica: En ésta, todos los esfuerzos están dirigidos a conseguir una restauración máxima posible de las capacidades físicas y mentales de la persona. En esta fase la intervención del odontólogo es quien interactúa con el equipo médico-psico-socio-pedagógico a nivel del diagnóstico y pronóstico integral.
- b. Educación especial: Es la educación que se imparte a los niños, adolescentes y adultos cuyas características físicas, mentales, emocionales y sociales, requieren una educación diferencial, con el fin de favorecer el desarrollo de sus capacidades y su incorporación a la sociedad con elementos útiles.

Esta a su vez se subdivide en tres:

1. Fase de aprendizaje.
2. Fase psicológica.

3. Fase de actividades motrices.

Estas tres fases actúan simultáneamente y se relacionan íntimamente al inicio del proceso rehabilitador. El odontólogo lleva a cabo durante este período el tratamiento preventivo y curativo de odontología y por ello debe tener conocimientos de lo que sucede en el niño aquí.

c. Rehabilitación profesional: El fin primordial en esta fase es proporcionarle medios tales como orientación profesional, formación profesional, colocación selectiva, para que así el inválido logre obtener un empleo adecuado.

Se divide en tres períodos que pueden o no ser continuos dependiendo del caso:

1. Rehabilitación prevocacional: donde están incluidos ciertos aspectos de la educación especial que se le da al educando y el estímulo para continuar un estudio adaptado a su condición específica.
2. Rehabilitación vocacional: Dada principalmente por centros rehabilitadores y talleres protegidos. El excepcional aprende un oficio y puede trabajar individualmente o en talleres similares.
3. Rehabilitación profesional: Al alcance principalmente de individuos cuya invalidez no les impide continuar estudios superiores; como son los ciegos que terminan una carrera universitaria, o de profesionales que por alguna causa accidental o patológica adquirieron la invalidez.

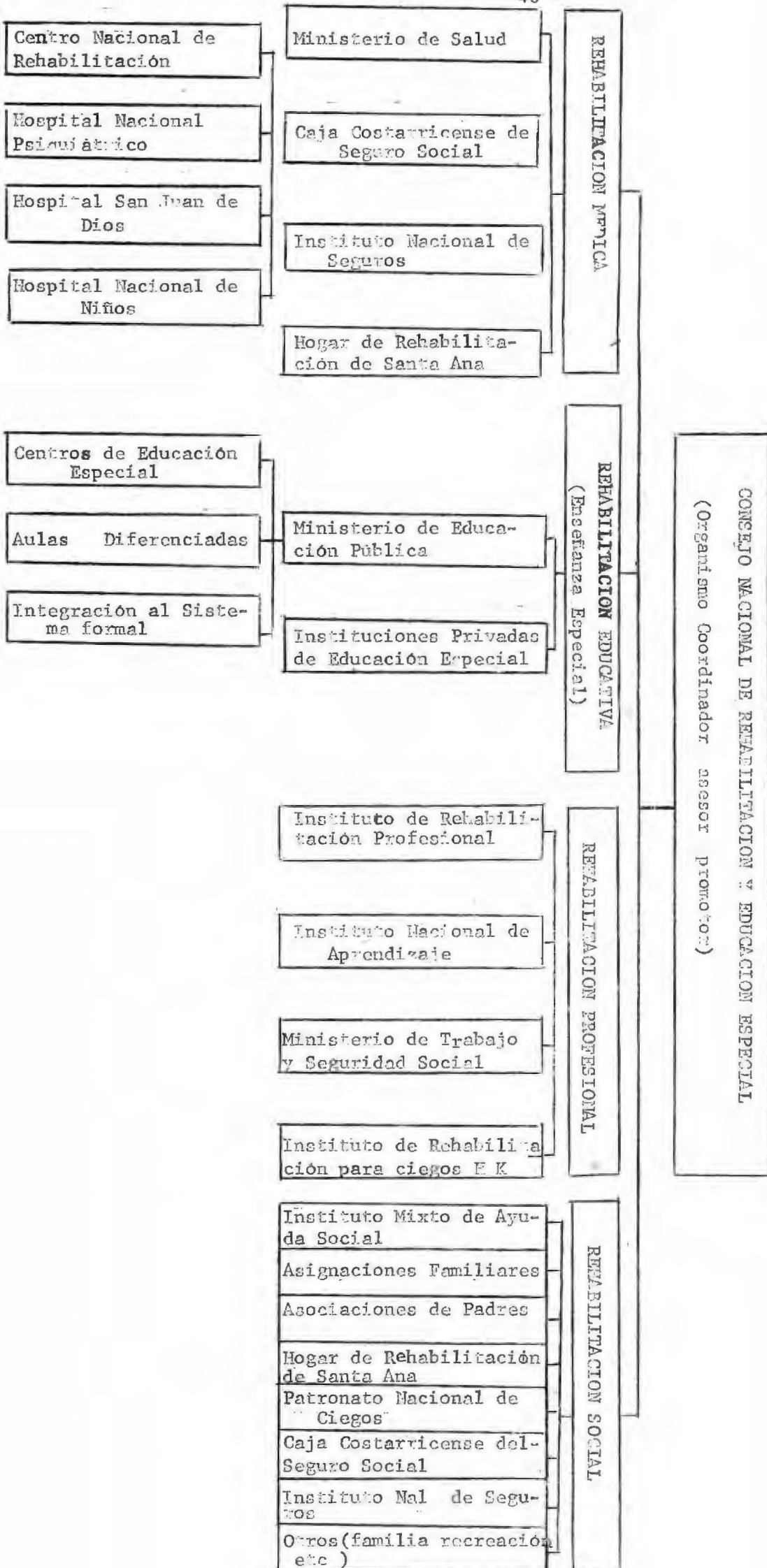
- d. Rehabilitación psicológica y social: Tiende a integrar al incapacitado a la sociedad, ayudándole a adaptarse a las exigencias de la vida familiar, colectiva y profesional, reduciendo al máximo las barreras arquitectónicas, económicas, sociales que pueden obstaculizar este proceso por medio de educación al paciente, su medio inmediato, su comunidad y en fin a la sociedad que es la responsable de su adaptación. (13)

El cuadro No. 5 muestra la "Estructura institucional de la rehabilitación integral en Costa Rica". Es importante anotar que nuestro país es posiblemente el único de la América Latina, si no del mundo, que cuenta con este tipo de organización a nivel nacional, en algunos países se ha hecho intentos nada más.

PAPEL DEL ODONTOLOGO EN LA REHABILITACION INTEGRAL:

El odontólogo como cualquier profesional no debe de estacionarse en su campo únicamente, sino que debe recordar que sigue siendo un individuo de la sociedad, por lo que debe de intervenir en todas las fases de la rehabilitación integral en mayor o menor grado.

Actualmente existe la duda de por qué un odontólogo debe hacer rehabilitación? Lo mismo se pregunta de un arquitecto o un economista. La respuesta es muy simple, estamos hablando de una rehabilitación integral y así como un arquitecto debe saber eliminar barreras arquitectónicas, estudiar los colores adecuados para una aula, así el odontólogo tiene su papel que está en su máximo nivel en la rehabilitación médica junto a un grupo de especialistas.



ESTRUCTURA INSTITUCIONAL DE LA
REHABILITACION INTEGRAL EN COSTA RICA

En la actualidad y en Costa Rica esta actuación es mínima debida ya sea a la poca educación que recibe el odontólogo en este campo, principalmente por la falta de conocimientos en niños excepcionales y en el trabajo en equipo, o al temor de interactuar con otros profesionales y que se metan en su campo específico, además, el trabajo en equipo es algo relativamente nuevo aquí, en ello. Actualmente existen algunos equipos multidisciplinarios pequeños e incompletos en varios centros hospitalarios de los cuales el odontólogo forma parte sólo del de paladar hendido. También cabe anotar el sistema de monopolio de plazas que existe , lo que impide ampliar servicios.

El rechazo que hay hacia el niño excepcional de parte del odontólogo es normal debido a que no ha logrado una especialización, un estudio o un conocimiento de este tipo de niño, pero una vez que esto se ha conseguido, al contrario de rechazo, va a sentir una atracción hacia él y se dará cuenta de la necesidad de servicio hacia todos estos casos. Por ejemplo, un odontólogo que se topa con un caso de parálisis cerebral o de retardo mental se asusta y lo rechaza, pero una vez que tiene conocimiento del tipo de paciente que es, de sus reacciones, es considerado como paciente y como tal se le dará su atención debida y adecuada a su caso. (6) (8).

SITUACION ACTUAL

El Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial anota (6)(13), en nuestro país que existen 200.000 inválidos para Costa Rica, lo que viene a ser un 10% de la población y que en un 6% o un 7% de los costarricenses sufren algún grado de retardo mental, cada día nacen en Costa Rica de 2 a 3 niños con parálisis cerebral. Los anteriores son algunos de los tantos datos significativos de la situación actual en porcentajes y cantidad de la invalidez.

Esta población heterogénea por su naturaleza está dispersa en todo el país, De aquí la inquietud en saber en qué centros tanto de enseñanza como de salud, se les brinda algún tipo de servicio odontológico al minusválido. Para efectos de este estudio se consultó las siguientes instituciones: 17 de los 28 centros de enseñanza especial de todo el país; los siguientes hospitales: Hospital Nacional de Niños, Hospital Neuropsiquiátrico Manuel Antonio Chapuí, Centro Nacional de Rehabilitación Física, Hospital México, Hospital San Juan de Dios, Hospital Calderón Guardia. Se entrevistó con autoridades o personeros de las siguientes entidades: Asesor Odontológico de la C.C.S.S., Jefe Odontología Sanitaria Ministerio de Salud, Dirección Ejecutiva Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, Facultad de Educación, Ministerio de Educación Pública, Departamento de Educación Especial.

El análisis de esta situación siguiendo el orden de las fases de rehabilitación integral, mostró los siguientes datos:

I. Rehabilitación Médica.

Hospital Nacional de Niños: Este hospital en su sección de Odontología, atiende al niño excepcional únicamente bajo anestesia general, no es atendido en consulta externa. El niño para lograr ser atendido debe llegar por medio de una referencia de algún centro periférico de salud, "si el estado es agudo es devuelto al centro para eliminar este cuadro" y esperar seis meses aproximadamente para ser atendido en consulta de sala de cirugía por estar saturada por ese tiempo (17). También se brinda una atención en equipo principalmente para casos de labio leporino y paladar hendido. No se brinda ningún tipo de prevención oral a ningún caso de niño excepcional. (22)

Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí: En este centro en la sección de odontología se atienden internos bajo anestesia local, y se atendían casos de referencia principalmente del Centro Nacional de Educación Especial Fernando Centeno Guell, bajo anestesia general. Por una queja del Colegio de Médicos y Cirujanos en el traspaso de este centro a la C.C.S.S., se dejó de llevar a cabo porque era una persona técnica en anestesia y no un médico anesthesiólogo el que suministraba el servicio. Aún no se ha reanudado esta prestación. (23)(24).

Centro Nacional de Rehabilitación Física: En este centro se atienden casos de invalidez física en su mayor parte y de parálisis cerebral - aproximadamente dos o uno al día en consulta externa y con anestesia local, lo cual constituye la demanda y no la necesidad. Tiene dos e-

qu coastales en un local muy pequeño, insuficiente para la atención debida, no se le da la importancia debida a la odontología y mucho menos a la prevención oral por parte de la administración, ejemplo de esto es que la doctora encargada de la clínica tiene aproximadamente 8 meses solicitando de diversas maneras flúor, y no se le ha dado.

Esta clínica destinada a la atención de internos y consulta externa de casos de invalidez es indebidamente aprovechada por los empleados del centro para que se les brinde atención quitando aproximadamente la mitad del tiempo destinado al servicio debido. Otro aspecto interesante es que la doctora de esta clínica no considera de vital importancia el uso de anestesia general para el tratamiento dental de casos de parálisis cerebral (16).

Hospital México: El servicio de odontología está dedicado exclusivamente a la cirugía buco-dento-maxilar. Sin embargo, por instancia personal, ven esporádicamente casos de excepcionales bajo anestesia general en porcentaje muy bajo. También por un acuerdo con hematólogos y cardiólogos, ven casos de hemofilia y quitan focos infecciosos en pacientes con afección del corazón. (20)

Hospital San Juan de Dios: Es un servicio de consulta externa únicamente para exodoncias y cirugías, lo mismo que a internos para el caso. Tienen servicio bajo anestesia general, dedicado a cirugía oral. Ven casos de excepcionales en un porcentaje tan bajo que podría considerarse nulo, en lo que se refiere a retardo mental y pará

lisis cerebral principalmente. No se da prevención oral de ningún tipo .(25)

Hospital Calderón Guardia: Tiene consulta externa para niños de buen comportamiento, dos horas al día, dada por una especialista. La atención se limita a exodoncias de temporales y operatoria en primeras molares permanentes. (21) No se atiende al niño excepcional bajo ningún tipo de atención dental, únicamente se refiere al Hospital de Niños (23).

A un nivel gubernamental la C.C.S.S. y el Ministerio de Salud son los responsables del tratamiento que se le brinda a todo tipo de persona y como tal, el niño excepcional, tiene este derecho de amparo. La C.C.S.S. brinda atención limitada a exodoncias y cirugías como a cualquier niño por ser asegurado indirecto. En el campo de prevención dental la Caja no está haciendo absolutamente nada. (23) El Ministerio de Salud, la atención que brinda al excepcional es por medio del Centro Nacional de Educación Especial Fernando Centeno Guell de Guadalupe, donde participa con la Universidad de Costa Rica, la cual tiene un programa de extramuros. Además, este Ministerio brinda servicio en la Unidad Sanitaria de Oreamuno a los niños de la Escuela de Enseñanza Especial de Cartago. (15)

Para las siguientes tres fases se confeccionó un cuadro comparativo de la atención dental que se brinda en los centros educativos, de rehabilitación vocacional y de readaptación social, tomados como muestra.

damente a 10 sólo una vez este año en la unidad sanitaria y de
prevención oral lo que reciben son charlas "dadas por practicantes
de enfermería".

CENTRO EDUCATIVO	MATRICULA	# DE NIÑOS QUE RECIBEN ATEN-- CION DENTAL	# DE VECES AL AÑO	LUGAR DONDE RECIBEN ATENCION DENTAL	PREVENCION DENTAL
E. E. E. SANTA CRUZ	40	40	1	ESCUELA	1 Aplicac Fluor 1 Charla
E. E. E. LIBERIA	50	LA MAYORIA	VARIAS	UNIDAD SANITARIA	POCA
ESCUELA DE SORDOS CARTAGO	48	32	POCAS	UNIDAD SANITARIA	NO
E. E. E. TURRIALBA	37	30	1	ESCUELA	NO
INSTITUTO ANDREA JIMENEZ	21	NO	NO	NO	NO
E. E. E. CARTAGO	90	25	Entre 1 y 14	UNIDAD SANITARIA OREAMUNO	ENTRENAMIENTO A - MAESTROS
HOSPITAL MEXICO (Escuela)	FLOTANTE Aprox 30	MUY POCOS	NO	HOSPITAL	NO
E. E. E. HEREDIA	52	10	POCO	UNIDAD SANITARIA	NO
ESCUELA DE REHABILITACION POZOS DE SANTA ANA	46	TODOS	1 por semana	ESCUELA	NO
E. E. E. SAN ISIDRO DEL GENERAL	90	CASI TODOS EXCEPTO KINDER	1	UNIDAD SANITARIA	PROFILAXIS FLUOR 1 VEZ
CENTRO ADAPTACION JUVENIL TIERRA BLANCA DE CARTAGO	11 Aprox	SOLO SI LO SOLICITA EL NIÑO	1 VEZ por semana	EN EL CENTRO	NO
ESCUELA HOGAR INFANTIL SAN ISIDRO DE CORONADO	120	APROX 10 (SOLO EXODONCIA)	1 vez	UNIDAD SANITARIA	Charlas dadas por prac- ticantes de Enfermeria
ESCUELA NEUROPSIQ. INF. SAN JOSE.	125	NO	NO	NO	NO
INDUSTRIAS DE BUENA VOLUNTAD	90	90	1	UNIDAD MOVIL	NO
CENTRO ENSEÑANZA ESPECIAL BERNANDO CENTENO GUELL (Guadalupe)	# REFEREN- CIAS	LA MAYORIA	Lás. necesarias	EN EL CENTRO	PROFILAXIS-FLUOR-CHAR-- IAS A NIÑOS MAESTROS PADRES
E. E. E. ALAJUELA		APROX 15	1	UNIDAD SANITARIA	NO
HOSPITAL DE NIÑOS (ESCUELA)	150	NO	NO	NO	NO

- 47 -

CUADRO No 6

PROPUESTA DE UN PLAN INTEGRAL DE PREVENCIÓN DENTAL

Por la experiencia clínica obtenida de profilaxis hechas a tres tipos de excepcionales: parálisis cerebral, ciegos y retardados mentales, se puede afirmar que de una cantidad de # 33 niños con los que se trabajó, a todos les fue posible hacerles de una manera agradable: la introducción a la clínica, la enseñanza del instrumental, el sentado en el sillón dental, la profilaxis, y la enseñanza de limpieza de dientes.

Además de esto, por experiencias de otras personas se sabe que el niño sale motivado a una nueva experiencia clínica y está apto a continuar tanto un programa de prevención, el cual además de lo saludable que es al paciente, es mucho más económico para la institución que lo efectúa, como a un tratamiento propiamente dicho, si es del caso.

Por todo lo expuesto, en especial la situación actual de las prestaciones odontológicas al niño excepcional y la pequeña experiencia propia, más aquella de otros, es aconsejable recomendar la planificación de un programa de prevención para este sector de la población.

El programa lo puede brindar el estado en forma interinstitucional, por medio del Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud y la C.C.S.S. deberá llegar a:

- Maestros
- Padres de Familia
- Niños
- Médicos y afines

- Odontólogos y afines.
- Otros.

OBJETIVOS GENERALES:

1. Proporcionar al niño excepcional la oportunidad de detener las principales patologías orales (caries, enfermedad periodontal y mala oclusión).
2. Proporcionar una introducción a los procedimientos odontológicos en forma sencilla, agradable, educativa, provechosa.
3. Fomentar la responsabilidad humanística dentro de la atención profesional y legal del niño con problemas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Educación: efectuar un programa de educación sobre la importancia de la prevención dental, por medio de charlas-películas- T.V.- Radio, centros-educativos- centros de salud y otros. Los temas a tratar deben incluir:
 - Importancia de los dientes, importancia de la limpieza, el por qué de las profilaxis y flúor en mayor grado en el niño excepcional, dieta adecuada, enseñar el alto valor tanto vital como económico de la prevención, otros.
2. Prevención: Llevar a cabo una prevención específica, por medio de profilaxis a los niños desde una edad temprana:
 - Enseñar de cómo cepillarse los dientes a los niños.
 - Aplicaciones de fluoruros.
 - Enseñarles a recibir adecuadamente un tratamiento dental.

La actuación en este punto es mayor del odontólogo y personal auxiliar.

3. Curativo: En el cual se hace un tratamiento odontológico integral como secuencia de la educación y de la prevención específica. Debería incluir: Exodoncias de focos infecciosos, Operatoria, Periodoncias, Ortodoncia tanto interceptiva como curativa, Prótesis.
4. Curativo hospitalario: El programa podrá abarcar los centros hospitalarios de atención infantil. En ellos se reservará la anestesia general que es tan traumatizante y tan cara para casos más severos como retardos profundos o a otras circunstancias como son las cardiopatías graves, parálisis múltiple con retardo mental, mixtos, etc.

RESUMEN CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El presente trabajo, se ha realizado, con el fin de dar a conocer algunos aspectos referentes a la situación actual del niño excepcional dentro de la odontología, y algunos datos generales de la rehabilitación integral, para que sirva como motivación y se le dé la debida importancia al tratamiento, en práctica privada e institucional.

Se hizo una revisión de literatura para conocer aspectos generales de algunos de los tipos más frecuentes de afecciones invalidantes (Retardo Mental, ceguera, sordera y parálisis cerebral). También se expusieron y explicaron temas relacionados con la microbiología oral, enfermedad periodontal, y caries, como marco de referencia en la problemática de las enfermedades orales más comunes. Se describen aspectos de la rehabilitación integral del inválido y del trabajo por medio de un equipo interdisciplinario, para lograr una superación del problema. Finaliza este trabajo con un diagnóstico-tentativo, no estadístico, de la situación actual en nuestro país, y con un plan de prevención odontológico a nivel nacional.

Después de analizar las prestaciones odontológicas que se brindan al niño excepcional, actualmente, se puede concluir que:

- El número de niños excepcionales en Costa Rica es muy alto.
- La atención dental curativa que se les brinda es mínima.
- La prevención odontológica brindada por odontólogos de práctica privada e instituciones al minusválido es muy baja.
- No existe una política nacional institucional para administrar adecuadamente programas integrales de odontología al minusválido.

- La mayoría de los casos de niños excepcionales con una debida motivación se pueden atender bajo procedimientos de anestesia local.
- Una minoría necesitan los servicios odontológicos bajo anestesia general:
 - a) casos severos y profundos de Retardo Mental y parálisis cerebral.
 - b) situación geográfica donde se interna al niño y en sala de cirugía se le hace todo el tratamiento para evitar transporte o estadías prolongadas.
- El problema de la situación geográfica se puede resolver por medio de un buen entrenamiento, a los odontólogos que trabajan en las zonas rurales para que puedan atender estos niños bajo consulta externa con anestesia local y llevando a cabo programas de prevención.
- El valor económico de la anestesia general es muy alto y necesita de una hospitalización o servicios de anestesiología
- La anestesia general requiere de mucho cuidado y tiene riesgos, además puede producir efectos post-anestésicos.
- El odontólogo está en la obligación de trabajar para la rehabilitación integral del individuo en sus diversas fases.
- El odontólogo debe coordinar con el equipo interdisciplinario para aplicar programas de prevención y aprender lo concerniente al niño excepcional.
- El estudiante de odontología, como parte de su entrenamiento, debe tener la experiencia de atender pacientes excepcionales para que adquie

ra la debida conciencia de las necesidades y problemas que aquejan -
esta población.

- Creando la conciencia de las necesidades del paciente excepcional en-
el estudiante y organizando mejor los servicios odontológicos a nivel
institucional, se logrará LA ACEPTACION DEL NIÑO EXCEPCIONAL COMO PA-
CIENTE Y NUNCA SU RECHAZO.

BIBLIOGRAFIA

1. Aguilar, Hernán; Dr. Tratamiento Odontológico del Niño Retardado Mental, San Pedro de Montes de Oca, U. de C.R.; Facultad de Odontología; 1975
2. Arias, Francisco; Lic. Director Sección de Ciegos, Centro Nacional de Enseñanza Especial Fernando Centeno Guell, Guadalupe, San José, consulta personal.
3. Avendaño, José Joaquín, Dr.; Tratamiento Odontológico del niño con problemas auditivos y visuales, San Pedro de Montes de Oca, U. de C.R. Facultad de Odontología, 1975.
4. Bowley, Gardner, El niño disminuido, Editorial Médica Panamericana, pág. año , Edición .
5. Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial; Qué se entiende por Retardo Mental? Folleto educativo.
6. Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. Folletos educativos.
7. Glickman, Irwin. Periodontología Clínica, Ed. Mundi, Buenos Aires, Argentina, 2a. edición 731 pág. 1958.
8. Hirsch, Ronaldo, Dr. Coordinador programa extramuros en el Centro Nacional de Educación Especial Fernando Centeno Guell.
9. Hirsch, Ronaldo, Dr. Décimo Quinto Seminario Anual del Círculo Odontológico de Guadalajara, Memorias, 1977.
10. Meza, Carlos Dr. Director de Cátedra de Odontología Preventiva Integral, Facultad de Odontología, U. de C.R.; Curso lectivo.
11. Nelson, Waldo ; Tratado de Pediatría, Barcelona, Salvat Editores, páginas 1632 ; 1971, 6a. edición.
12. Robles A., Guillermo, Dr. Retraso Mental. Departamento de Social, Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz H." Conferencia, Noviembre 1977.
13. Sanabria, Soledad Lic. Rehabilitación Integral de Personas inválidas, Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, San José , Folleto, 1977.
14. Sánchez, José Raúl, M.S. Audiometría del Centro Nacional de Educación Especial Fernando Centeno Guell, Guadalupe, San José, Consulta personal.

ENTREVISTAS:

15. Bianchini, Francisco, Dr. Jefe Odontología Sanitaria, Ministerio de -
Salud.
16. Gutiérrez, Angelina, Dra. Centro Nacional de Rehabilitación Física -
Dr. Humberto Araya Rojas, Sección de Odontología.
17. Jurado, Julio, Dr. Hospital Nacional de Niños, Departamento de Odon -
tología (Jefe).
18. Roberts, Susana, M.S. Facultad de Educación, U. de C.R. Departamento -
de Educación Especial.
19. Rodríguez, Marlene, Lic. Supervisora de Enseñanza Especial, Ministerio
de Educación Pública. Departamento de Educación Especial.
20. Tabash, Rodolfo, Dr. Hospital México- Sección de Cirugía Buco-Dento -
Maxilar.
21. Tormo, Alvaro Dr Jefe Odontología Hospital Calderón Guardia, C.C.S.S.
22. Umaña, Carlos, Dr. Odontólogo, Hospital Nacional de Niños, Sección de
Odontología.
23. Vega, Jorge, Dr. Asesor Odontológico. C.C.S.S.
24. Zamora, Roberto, Dr. Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio -
Chapuí, Sección Odontología.
25. Zeledón, Mario, Dr. Odontólogo Hospital San Juan de Dios.